



Programa de Apoyo Individual y Familiar Año Fiscal 2015

Parte I: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (la persona en la lista de espera)

Nombre _____ Número de Seguro Social: _____
Fecha de nacimiento / / MM/DD/AAAA Masculino Femenino
¿Cuál lista de espera? Exención de DD Exención de ID
Dirección _____
Calle Ciudad Código Postal Condado
Número(s) de teléfono (casa) (trabajo) (cel)

Parte II: PARTE RESPONSABLE (el individuo o persona que está llenando la solicitud que será responsable de los fondos IFSP)

Nombre _____ Número de Seguro Social: _____
Fecha de nacimiento / / MM/DD/AA Masculino Femenino
Dirección _____
Calle Ciudad Código Postal Condado
Número(s) de teléfono (casa) (trabajo) (cel)

Parte III: INFORMACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA (elegir una)

- Soy una **persona** con discapacidades intelectuales/del desarrollo que está en **lista de espera** para servicios.
 Soy un **miembro de la familia** del niño o persona con discapacidades intelectuales/del desarrollo que está en **lista de espera** para servicios.

Si usted es un miembro de la familia, ¿vive la persona con usted de manera permanente?

Sí No En caso negativo, por favor indique los detalles: _____

Si usted se anotó como un miembro de la familia, ¿cuál es su relación con la persona por la cual usted está solicitando?:

Madre Madrastra Esposa Abuela Hermana Padre Padrastro Esposo Abuelo Hermano
 Principal cuidador Otro _____

Parte IV: ASISTENCIA Y RECURSOS

¿Necesita un intérprete para que le ayude con su solicitud? No Sí

En caso afirmativo, ¿cuál idioma?: _____

Individual and Family Support Program, DBHDS, PO Box 1797, Richmond, VA 23219

Si necesita una solicitud en otro idioma favor llamar al 804-225-3810 para asistencia.

6/30/2014



¿Cómo supo de nuestro Programa de Apoyo Individual y Familiar?

- Administrador del caso/Coordinador de Apoyo Facilitador de Servicios Dirigidos al Consumidor
 Centro para una Vida Independiente Lista de servicios
 Grupo de Padres/Apoyo (_____)
 Página web (_____)

Por favor díganos un poco acerca del financiamiento o asistencia que usted, o la persona en la lista de espera, podría recibir:

Relacionados con el cuidado de la salud -

- Seguro privado Seguro militar TRICARE
 Medicaid Acuerdo con un Seguro

Apoyos financiados por el estado y el gobierno federal -

- Centro para una Vida Independiente Servicios Integrales de financiamiento (FAPT)
 Servicios de Intervención Temprana (Parte C) Servicios de Educación Especial (Parte B)

Otras exenciones -

- Exención EDCD Exención de Apoyo de Día Exención técnica
 Otra

 Ninguna

Parte V: Necesidades

Por favor seleccione las categorías que usted planea o anticipa que se necesitarán para los apoyos que usted podría o va a utilizar durante los próximos 12 meses.

- Si es aprobado, se le pedirá que proporcione documentación por los apoyos y servicios *después* de que los fondos se han utilizado y pagado.
- Si sus necesidades cambian pero todavía cumplen con los requisitos del Programa IFS, NO ES necesario que usted pida autorización antes de gastar su financiamiento asignado.
- Para asegurar que se acredite adecuadamente una vez que se han utilizado los fondos, *se requiere que usted proporcione recibos y cualquier otra documentación* al Programa IFS que confirmen cómo se gastaron los fondos. Asegúrese que el nombre de la persona en la lista de espera esté anotada en la parte superior de cada página que se envía.

Usted puede enviar sus recibos y documentos por correo o FAX al Programa IFS. El número de fax es 804-786-0076. Vea la parte inferior de la página para obtener la dirección.

NO ENVÍE POR FAX ESTA SOLICITUD. ¡NO SE ACEPTARÁ!

No seguir los procedimientos antes mencionados afectará su capacidad para tener acceso en el futuro al financiamiento del Programa IFS.

Individual and Family Support Program, DBHDS, PO Box 1797, Richmond, VA 23219

Si necesita una solicitud en otro idioma favor llamar al 804-225-3810 para asistencia.

6/30/2014

Yo/nosotros necesitamos...

Entorno para una Vida Segura

(Ejemplos) -

Cuidados de relevo	Educación y capacitación para la familia
Rampa para silla de ruedas	Artículos para la seguridad del hogar
Valla de seguridad	Ayuda con Renta y Servicios Públicos (solo 1 mes)
Modificaciones al baño/Ensanche de puerta	Ropa de cama/Muebles
Pasamanos	Proyecto Lifesaver
Generador de refuerzo	Otro _____

Resultados de Mejoría de la Salud

(Ejemplos)

Cuidados de asistente	Terapia comportamiento/ Análisis de comportamiento aplicado
Cuidado dental	Consultas/Atención médica
Lentes/examen de la vista	Audífono/examen
Medicamento(s)	Equipo modificado (bicicleta, silla de ruedas, carreola)
Apoyo nutricional	Terapia ocupacional/del habla, fisioterapia
Artículos para el cuidado personal/ pull ups	Dispositivos de comunicación
Terapia de andar a caballo/hipoterapia	Otro _____

Integración en la comunidad

(ejemplos)

Cuidado de niños/después de la escuela	Actividades de la comunidad
Acompañante/apoyo de compañeros o mentores	Apoyo en el día
Capacitación/educación para valerse por sí mismo	Verano



Empleo con apoyo

Pasatiempo terapéutico

Servicios de transportación

Otro _____

Apoyos de emergencia para evitar -

Hospitalización

Riesgo de quedarse sin vivienda

Riesgo de institucionalización

¿De qué manera me ayudará esto a permanecer en mi hogar o el hogar de mi familia? (sección requerida):

Cantidad de financiamiento solicitada: _____

Frecuencia del pago: (Elija uno)

Pago total- un pago único

Mensual- una vez al mes. ¿Cuántos meses? (No más de 12) _____

(Un pago total puede afectar su elegibilidad de Medicaid).

OPCION DE PAGO:

SI USTED ESTÁ RECIBIENDO MEDICAID Y NECESITA QUE SU PAGO VAYA DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR PARA ASEGURAR QUE EL FINANCIAMIENTO DE IFSP NO AFECTE SU INGRESO MENSUAL PERMITIDO, POR FAVOR LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Información del proveedor /persona que proporciona el servicio:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Número de Identificación del Empleo (EIN #) _____ **o**

Número del Seguro Social de la persona contratada para dar el servicio (OBLIGATORIO) _____

Individual and Family Support Program, DBHDS, PO Box 1797, Richmond, VA 23219

Si necesita una solicitud en otro idioma favor llamar al 804-225-3810 para asistencia.

6/30/2014



Parte VI: ACUERDO DEL PROGRAMA (Se requiere la firma)

LEA EL ACUERDO DETENIDAMENTE:

Este es un acuerdo entre el Solicitante y DBHDS. El Solicitante es elegible solo si la persona con la discapacidad intelectual o del desarrollo reside en su propio hogar o en el hogar de la familia y está en la lista de espera a nivel estatal para la Exención de Discapacidad Intelectual de Medicaid o la Exención de Servicios de Discapacidades del Desarrollo Individual y Familiar de Medicaid.

El solicitante acuerda lo siguiente:

- El Solicitante reconoce que los fondos de IFSP se proporcionan solo en la medida en que dichos servicios no están disponibles o no se pueden financiar a través de otras fuentes de financiación pública (incluyendo IDEA Parte C- intervención temprana, IDEA Parte B – servicios de la escuela pública, Medicaid, Medicare, y EPSDT).
- El Solicitante reconoce que todo el dinero que se reciba a través de IFSP se utilizará únicamente para los fines documentados en la Solicitud IFSP del Solicitante.
- El Solicitante reconoce que él/ella debe presentar los recibos y otra documentación para verificar que los fondos de IFSP se utilizaron solamente para la compra de servicios y artículos autorizados **dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se recibieron los fondos** y que incluirán el nombre del proveedor de los productos/servicios y el nombre de la persona. Cualquier uso inapropiado de los fondos de IFSP o intento de malversar estos fondos está estrictamente prohibido y sujeto a acciones judiciales. El solicitante reconoce que el incumplimiento de proporcionar la documentación que confirme que los fondos de IFSP se utilizaron para comprar solamente servicios o artículos aprobados puede resultar en la recuperación de dichos fondos y la denegación de solicitudes de financiamiento subsiguientes.
- El Solicitante reconoce que toda declaración falsa de las necesidades de la persona/familia, y malversación de fondos resultará en la suspensión inmediata del financiamiento, y el Solicitante será responsable de pagar de vuelta todos los fondos que haya recibido en base a dicho uso inapropiado o malversaciones. La persona podría ya no tener acceso a fondos de IFSP en el futuro.
- El Solicitante acepta permitir que representantes de DBHDS lleven a cabo revisiones de la utilización, incluyendo visitas al hogar, y cooperarán plenamente con dichas revisiones y proporcionarán toda la información solicitada por DBHDS.
- El Solicitante reconoce que el financiamiento de IFSP no es ni un derecho ni una subvención, y se proporciona para asistir a la persona para que viva en el hogar con su familia o de manera independiente en la comunidad mientras espera los servicios de exención.

He leído, comprendido y acepto los términos y condiciones del Programa de Apoyo Individual y Familiar y toda la información proporcionada es veraz y exacta según mi leal saber y entender.

Firma (Persona responsable fiscalmente)

Fecha

Individual and Family Support Program, DBHDS, PO Box 1797, Richmond, VA 23219

Si necesita una solicitud en otro idioma favor llamar al 804-225-3810 para asistencia.

6/30/2014